

NOTICE OF FORM CHANGE NO. 03-177

DATE

10/30/2003

TO:
County Welfare Director
Supply Clerk / Forms Coordinator

FROM:
Forms Management Unit
(916) 657-1907

Community Care Licensing District Offices
 Private and Public Adoption Agencies

District Attorney
 Other

Listed below is information regarding a form change. Only applicable information is shown.

This notice updates your Department of Social Services County Forms Catalog.

FORM NUMBER AND TITLE SOC 341 SP (8/03) Report of Suspected Dependent Adult/Elder Abuse

ORDER UNIT MASTER ONLY	<input checked="" type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Sold	ESTIMATED PRICE	INITIAL SUPPLY SENT <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> New <input checked="" type="checkbox"/> Revised	DATE OF FORM 8/03	REPLACES 6/00	<input type="checkbox"/> Obsolete
REQUIRED FORM- <input checked="" type="checkbox"/> No Change Permitted	REQUIRED FORM- <input type="checkbox"/> Substitute Permitted With Prior DSS Approval	<input type="checkbox"/> Recommended Form	
UNLESS OTHERWISE SPECIFIED STOCK MAINTAINED AT: Department of Social Services Warehouse P.O. Box 980788 West Sacramento, CA 95798-0788		<input type="checkbox"/> Other:	

FORMS DISPOSITION AND SPECIAL INSTRUCTIONS

DISPOSITION OF OLD SUPPLY

Use until exhausted Destroy

USE NEW FORM

When supply available in DSS Warehouse Use new form effective immediately.

USE FORM IN ACCORDANCE WITH

All County Letter No.
 Other (specify)

ADDITIONAL INFORMATION REGARDING FORM CHANGE

Attached is a Reproducible Copy

The SOC 341 (8/03) is now available in Spanish as a Master Only form. Previous revisions of this form were available in English only.

PRINTING INSTRUCTIONS: 8-1/2" x 11" paper. 4-part set. Part 1 (form instructions) is printed 2-sided, head to foot, on white paper. Parts 2, 3, and 4 (form to be completed) are a NCR set (white, yellow, and pink paper), are printed 1-sided, and are the same.

Check on the internet to see if forms are available at www.dss.cahwnet.gov

For camera-ready copies of English and Spanish forms, please call the Forms Management Unit (FMU) at (916) 657-1907, or by electronic mail at: fmudss@dss.ca.gov. Contact Language Services for other languages at (916) 445-6778 or by electronic mail at LTS@dss.ca.gov.

REPORTE CONFIDENCIAL - NO ESTA SUJETO A QUE SE DIVULGUE AL PUBLICO

REPORTE DE SOSPECHA DE ABUSO DE ADULTOS DEPENDIENTES/PERSONAS DE EDAD AVANZADA

PARA QUE LO LLENE LA PERSONA QUE HACE EL REPORTE. POR FAVOR USE LETRA DE MOLDE O ESCRIBA A MAQUINA. VEA LAS INSTRUCCIONES GENERALES.

COUNTY APS/OMBUDSMAN CASE NUMBER

(LAS PARTES EN INGLES SON SOLO PARA USO DE LA OFICINA)

LAW ENFORCEMENT CASE/FILE NUMBER

RECEIVING AGENCY USE ONLY

A. VICTIMA (Como sea pertinente bajo la Sección 15636 [a] del Código de Bienestar Público e Instituciones [W&IC])

CHECK THIS BOX IF VICTIM CONSENTS TO DISCLOSURE OF INFORMATION (Ombudsman use only)

Form fields for victim information: *NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE), *EDAD, FECHA DE NACIMIENTO, NUMERO DE SEGURO SOCIAL, SEXO, ETNIA, IDIOMA, *DIRECCION, *CIUDAD, *CODIGO POSTAL, *TELEFONO, *LOCALIDAD ACTUAL, etc.

*B. PERSONA QUE HACE EL REPORTE: Marque la casilla apropiada si renuncia a su derecho a su confidencialidad:

*NOMBRE (USE LETRA DE MOLDE), FIRMA, OCUPACION, OFICINA/AGENCIA

Form fields for reporter information: RELACION O PARENTESCO CON LA VICTIMA, DONDE SE PUEDE UNO COMUNICAR (CALLE), (CIUDAD), (CODIGO POSTAL), TELEFONO

C. INFORMACION SOBRE EL INCIDENTE - Dirección donde el incidente ocurrió:

Form fields for incident information: *FECHA/HORA DEL INCIDENTE(S), LUGAR DEL INCIDENTE, EN SU PROPIA CASA, ESTABLECIMIENTO PARA EL CUIDADO EN LA COMUNIDAD, HOSPITAL/HOSPITAL QUE SE ESPECIALIZA EN CUIDADO PARA ENFERMEDADES GRAVES DE CORTA DURACION, EN CASA DE OTRO, ESTABLECIMIENTO DE CUIDADO MEDICO CONTINUO NO INTENSO/CUIDADO POSTHOSPITAL (SWING BED), OTRO (Especifique)

*D. TIPOS DE ABUSO QUE SE REPORTAN (MARQUE TODOS LOS QUE SEAN PERTINENTES.)

Form fields for types of abuse: 1. ABUSO COMETIDO POR OTRAS PERSONAS (W&IC 15610.07 & 15610.63), 2. AUTONEGLIGENCIA (W&IC 15610.57[b][5]), ASALTO/AGRESION, NEGLIGENCIA, SECUESTRO, etc.

Form fields for abuse results: EL ABUSO RESULTO EN, NINGUNA LESION FISICA, CUIDADO MEDICO LEVE, HOSPITALIZACION, REQUIERE A UN PROVEEDOR DE CUIDADO, MUERTE, SUFRIMIENTO MENTAL, OTRO (ESPECIFIQUE), NO SE SABE

*E. OBSERVACIONES DE LA PERSONA QUE HACE EL REPORTE, CREENCIAS Y DECLARACIONES DE LA VICTIMA SI ESTAN DISPONIBLES. ANOTE CUALQUIER POSIBLE PELIGRO PARA EL INVESTIGADOR (POR EJEMPLO, ANIMALES, ARMAS, ENFERMEDADES CONTAGIOSAS, ETC.).

MARQUE SI SE ADJUNTA INFORMACION MEDICA, FINANCIERA, U OTRA INFORMACION SUPLEMENTAL, O FOTOGRAFIAS.

F. MIEMBRO DE LA FAMILIA U OTRA PERSONA ENCARGADA DEL CUIDADO DE LA VICTIMA (Si no se sabe, anote la persona de contacto.)

Form fields for family member information: *NOMBRE, SI SOLO ES LA PERSONA DE CONTACTO, MARQUE, *RELACION/PARENTESCO, *DIRECCION, *CIUDAD, *CODIGO POSTAL, *TELEFONO

G. OTRA PERSONA QUE SE CREE QUE TIENE CONOCIMIENTO DEL ABUSO (Por ejemplo, parientes, personas queridas, vecinos, proveedores médicos y oficinas/agencias involucradas, etc.)

Form fields for other person information: NOMBRE, DIRECCION, NUMERO DE TELEFONO, RELACION/PARENTESCO

H. PERSONA QUE SE SOSPECHA COMETIO EL ABUSO (MARQUE si es autonegligencia)

Form fields for suspected abuser information: NOMBRE DE LA PERSONA QUE SE SOSPECHA COMETIO EL ABUSO, PERSONA RESPONSABLE DEL CUIDADO (tipo), PADRE/MADRE, HIJO(A), OTRO, PROFESIONAL DE LA SALUD (tipo), ESPOSA(O), OTRA RELACION/PARENTESCO, DIRECCION, *CODIGO POSTAL, TELEFONO, SEXO, ETNIA, EDAD, FECHA DE NACIMIENTO, ESTATURA, PESO, OJOS, PELO

I. REPORTE POR TELEFONO HECHO A: APS, Oficina del orden público, Ombudsman, Depto. de Salud Mental de Calif., Depto. de Calif. de Servicios para Personas con Discapacidades de Desarrollo

Form fields for phone report: NOMBRE DEL OFICIAL CON QUIEN SE COMUNICO POR TELEFONO, *TELEFONO, FECHA/HORA

J. REPORTE ESCRITO (Por correo o Por fax (NO LO ENVIE POR FAX AL CDSS) Envíelo por fax a la oficina a la que lo reportó por teléfono.)

Form fields for written report: NOMBRE DE LA OFICINA, DIRECCION O NUMERO DE FAX, FECHA EN QUE SE ENVIO POR CORREO O POR FAX

K. (SOLO PARA USO DE LA OFICINA) RECEIVING AGENCY USE ONLY (Telephone Report, Written Report)

Form fields for receiving agency use: 1. Report Received by, Date/Time, 2. Assigned, Immediate Response, Ten-day response, No initial face-to-face required, Not APS, Approved by, Assigned to (optional), 3. Cross-Reported to, CDHS, Licensing & Cert., CDSS-CCL, CDA Ombudsman, Bureau of Medi-Cal Fraud & Elder Abuse, Mental Health, Law Enforcement, Professional Board, Developmental Services, APS, Other (Specify), Date of Cross-Report

REPORTE DE SOSPECHA DE ABUSO DE ADULTOS DEPENDIENTES/PERSONAS DE EDAD AVANZADA

INSTRUCCIONES GENERALES

PROPOSITO DEL FORMULARIO

Este formulario, como ha sido adoptado por el Departamento de Servicios Sociales de California, se requiere de acuerdo a lo estipulado en las Secciones 15630 y 15658(a)(1) del Código de Bienestar Público e Instituciones (W&IC). Este formulario documenta la información proporcionada por una persona haciendo un reporte de la sospecha de un incidente de abuso de una persona de edad avanzada o un adulto dependiente. “**Persona de edad avanzada**”, como se define en la Sección 15610.27 del W&IC, significa cualquier persona que es residente de este Estado quien tiene 65 años de edad o más. “**Adulto dependiente**”, como se define en la Sección 15610.23 del W&IC, significa cualquier persona que es residente de este Estado, quien tiene entre 18 y 64 años de edad, y tiene limitaciones físicas o mentales que restringen su habilidad para llevar a cabo actividades normales o proteger sus derechos, incluyendo, pero no limitándose a personas que tienen incapacidades/discapacidades físicas o relacionadas al desarrollo o cuyas habilidades físicas o mentales se han disminuido debido a su edad. Los adultos dependientes incluyen a cualquier persona entre los 18 y 64 años de edad que ha sido admitida a un establecimiento de salud de 24 horas, como se define en las Secciones 1250, 1250.2, y 1250.3 del Código de Salud y Seguridad (H&SC).

RESPONSABILIDADES DE REPORTAR

Las personas bajo mandato de reportar (*mandated reporters*)* (vea la definición en la p. 2 bajo "Definiciones de las personas que hacen el reporte") completarán este formulario para cada reporte sobre la sospecha o conocimiento de abuso (vea la Sección 15610 del W&IC para las definiciones de abuso sexual, físico, o financiero; secuestro; negligencia [incluyendo la autonegligencia o sea la negligencia en contra de uno mismo]; aislamiento; y abandono) en contra de una persona de edad avanzada o un adulto dependiente. **El original de este reporte se presentará antes de que pasen dos (2) días hábiles de la fecha en que se hizo el reporte por teléfono a la oficina responsable como se identifica a continuación:**

- La oficina del condado de servicios para la protección de adultos (APS) o la oficina local encargada del orden público (si el abuso ocurrió en una residencia privada, apartamento, hotel o motel, o alojamiento/alberque para personas sin hogar).
- La oficina del mediador y protector de los derechos relacionados al cuidado a largo plazo (*long-term care ombudsman* - LTCO) o la oficina local encargada del orden público (si el abuso ocurrió en un establecimiento de cuidado médico continuo no intenso, establecimiento residencial para adultos, programa para adultos durante el día, establecimiento residencial para el cuidado de personas de edad avanzada, o centro del cuidado de la salud para adultos durante el día).
- El Departamento de Salud Mental de California o la oficina local encargada del orden público (si el abuso ocurrió en los siguientes hospitales estatales: *Metropolitan State Hospital, Atascadero State Hospital, Napa State Hospital, o Patton State Hospital*).
- El Departamento de California de Servicios para Personas con Discapacidades de Desarrollo o la oficina local encargada del orden público (si el abuso ocurrió en los siguientes hospitales estatales: *Sonoma State Hospital, Lanterman State Hospital, Porterville State Hospital, Fairview State Hospital, o Agnews State Hospital*).

LO QUE SE DEBE REPORTAR

Cualquier persona bajo mandato de reportar, que en su capacidad profesional o dentro del campo de su trabajo, ha observado, sospecha, o tiene el conocimiento de un incidente que razonablemente aparenta ser abuso físico (incluyendo abuso sexual), abandono, aislamiento, abuso financiero, secuestro, o negligencia (incluyendo la autonegligencia), o si alguna persona de edad avanzada o un adulto dependiente le ha dicho que él o ella ha sufrido comportamiento que constituye abuso físico, abandono, aislamiento, abuso financiero, secuestro, o negligencia, reportará por teléfono inmediatamente, o lo más pronto posible, lo que sabe o sospecha es abuso. También enviará a la oficina apropiada un reporte por escrito (SOC 341) antes de que pasen dos (2) días hábiles.

LO QUE SE DEBE HACER CUANDO HAY MAS DE UNA PERSONA BAJO MANDATO DE REPORTAR

Cuando estén presentes dos o más personas que tienen que reportar y conjuntamente tienen el conocimiento o sospechas de abuso de una persona de edad avanzada o un adulto dependiente y cuando haya un acuerdo entre ellos, un miembro del grupo seleccionado de mutuo acuerdo podrá hacer el reporte por teléfono y preparar un solo reporte por escrito y firmado por él. Cualquier miembro que tenga el conocimiento de que el miembro designado a hacer el reporte no lo ha hecho, presentará el reporte.

EL NO REPORTAR

El no reportar abuso físico (incluyendo abuso sexual), abandono, aislamiento, abuso financiero, secuestro, o negligencia (incluyendo la autonegligencia) de una persona de edad avanzada o un adulto dependiente es un delito menor (*misdemeanor*), castigado por no más de seis meses en la cárcel del condado, o con una multa de no más de \$1,000, o ambas cosas, encarcelamiento y multa. Cualquier persona bajo mandato de reportar que a propósito no reporta el abuso de una persona de edad avanzada o un adulto dependiente y el abuso resulta en la muerte o en un gran daño físico, puede ser castigada con hasta un año en la cárcel del condado, o con una multa de hasta \$5,000, o ambas cosas, encarcelamiento y multa.

REPORTE ESCRITO/REPORTE POR TELEFONO

1. Este formulario se puede usar por la oficina para anotar información recibida en un reporte por teléfono de la sospecha del abuso de una persona de edad avanzada o un adulto dependiente. Complete las secciones en el formulario marcadas con un asterisco (*) cuando se reciba un reporte por teléfono de la sospecha de abuso, como está estipulado por los reglamentos y el Departamento de Servicios Sociales de California (CDSS).
2. Si alguna información se desconoce, anote “no se sabe” en esa parte.
3. Parte B. PERSONA QUE HACE EL REPORTE - Por favor marque si la persona que hace el reporte renuncia a su derecho a la confidencialidad.
4. Parte B. PERSONA QUE HACE EL REPORTE - Se requiere que las personas bajo mandato de reportar* den su nombre. Las personas que no están bajo mandato de reportar, pueden reportar en forma anónima.
5. Parte C. INFORMACION SOBRE EL INCIDENTE - Por favor proporcione el período de tiempo como mejor lo conozca (por ejemplo, 2 días, 1 semana, o continuamente).
6. Parte D. Por favor marque todos los tipos de abuso pertinentes que se sospechan.
7. Parte E. La persona que hace el reporte puede adjuntar diagramas médicos, fotografías de las lesiones o el ambiente, etc.
8. Parte I. REPORTE POR TELEFONO HECHO A - La persona bajo mandato de reportar* completa esta sección después de haber hecho el reporte por teléfono.
9. Parte K. SOLO PARA USO DE LA OFICINA - Esta sección puede ser usada por la oficina que recibe el reporte escrito.

DISTRIBUCION DEL FORMULARIO SOC 341/COPIAS

Persona bajo mandato de reportar - Después de hacer el reporte por teléfono, envíe el original y una copia a la oficina que recibió el reporte; mantenga una copia para sus expedientes.

NO ENVIE UNA COPIA AL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE CALIFORNIA.

Oficina que recibe el reporte - Ponga el original en el expediente del caso. La copia se puede enviar a otras oficinas que reciben esta clase de reportes o se puede desechar.

INSTRUCCIONES GENERALES (Continuación)

IDENTIDAD DE LA PERSONA QUE HACE EL REPORTE

La identidad de todas las personas que reporten de acuerdo a lo estipulado en el Capítulo 11 del W&IC se mantendrá en una manera confidencial y solamente se podrá compartir con las oficinas de APS, las oficinas locales encargadas del orden público, los coordinadores de la LTCO, la Sección de Investigaciones de Fraude en Medi-Cal (Programa de Asistencia Médica de California) y del Abuso de Personas de Edad Avanzada de la Oficina del Procurador General, oficinas de licenciamiento o sus abogados, investigadores del Departamento de Asuntos Relacionados al Consumidor que investigan el abuso de personas de edad avanzada y de adultos dependientes, la Oficina del Fiscal del Distrito, el tribunal testamentario, o el tutor público. La identidad también se podrá compartir cuando la persona que hace el reporte renuncie a su derecho de confidencialidad o cuando haya una orden de la corte.

DEFINICIONES DE LAS PERSONAS QUE HACEN EL REPORTE

Personas bajo mandato de reportar (*mandated reporters*) (W&IC) "15630 (a) Cualquier persona quien ha asumido la responsabilidad completa o intermitente para el cuidado o custodia de una persona de edad avanzada o un adulto dependiente, ya sea que la persona reciba o no reciba compensación, incluyendo administradores, supervisores, y cualquier miembro del personal con licencia de un establecimiento público o privado que proporciona cuidado o servicios a personas de edad avanzada o adultos dependientes, cualquier persona que es responsable del cuidado de una persona de edad avanzada o adulto dependiente; un profesional de la salud; un miembro del clero; un empleado de una oficina del condado de servicios para la protección de adultos; o un empleado de una oficina encargada del orden público, son personas bajo mandato de reportar."

Persona que es responsable del cuidado de otra persona (*care custodian*) (W&IC) "15610.17 'Persona que es responsable del cuidado de otra persona' significa un administrador o un empleado de alguno de los siguientes establecimientos u oficinas/agencias públicas o privadas, o personas que proporcionan cuidado o servicios a personas de edad avanzada o adultos dependientes, incluyendo a miembros del personal de apoyo y del personal de mantenimiento: (a) Establecimientos de salud de veinticuatro horas, como se definen en las Secciones 1250, 1250.2, y 1250.3 del Código de Salud y Seguridad. (b) Clínicas. (c) Agencias que envían al hogar proveedores de cuidado de la salud. (d) Oficinas que proporcionan servicios de casa y cuidado personal con fondos públicos, servicios de nutrición, u otros servicios de apoyo en el hogar o basados en la comunidad. (e) Centros de cuidado de la salud para adultos durante el día o cuidado para adultos durante el día. (f) Escuelas secundarias que sirven a adultos dependientes entre los 18 - 22 años de edad e instituciones de educación postsecundaria que sirven a adultos dependientes o a personas de edad avanzada. (g) Centros de vida independiente. (h) Campamentos. (i) Centros de recursos para el cuidado durante el día de personas con la enfermedad de Alzheimer. (j) Establecimientos para el cuidado en la comunidad, como se definen en la Sección 1502 del Código de Salud y Seguridad, y establecimientos residenciales para el cuidado de personas de edad avanzada, como se definen en la Sección 1569.2 del Código de Salud y Seguridad. (k) Establecimientos para descanso temporal. (l) Hogares de crianza temporal. (m) Establecimientos para la rehabilitación vocacional y centros de actividades de empleo. (n) Oficinas regionales designadas para las personas de edad avanzada. (o) Centros regionales para personas con discapacidades de desarrollo. (p) Divisiones de Licenciamiento del Departamento de Servicios Sociales de California y del Departamento de Servicios de Salud de California. (q) Departamentos de bienestar público del condado. (r) Oficinas de los defensores de los derechos de los pacientes y los defensores de los derechos de los clientes, incluyendo a abogados. (s) La oficina del mediador y protector de los derechos relacionados al cuidado a largo plazo. (t) Oficinas de los curadores legales públicos, tutores públicos, e investigadores jurídicos. (u) Cualquier oficina o entidad de protección o abogacía que está designada por el Gobernador para que se cumplan los requisitos y compromisos de los siguientes: (1) el decreto federal llamado Decreto de 2000 sobre la Asistencia y Declaración de Derechos en Relación a las Discapacidades de Desarrollo, que se incluye en el Capítulo 144 (empezando con la Sección 15001) del Título 42 del Código de los Estados Unidos, para la protección y abogacía de los derechos de las personas con discapacidades de desarrollo. (2) el Decreto de 1986 sobre la Protección y Abogacía de los Enfermos Mentales, como ha sido enmendado, que se incluye en el Capítulo 114 (empezando con la Sección 10801) del Título 42 del Código de los Estados Unidos, para la protección y abogacía de los derechos de los enfermos mentales. (v) Sociedades humanitarias y agencias para el control de animales. (w) Cuerpos de bomberos. (x) Oficinas para la salud ambiental y el cumplimiento del código sobre las construcciones. (y) Cualquier otra oficina/agencia pública o privada de protección, sectoria, para la salud mental, o asistencia privada o agencia de abogacía o persona que proporciona servicios de salud o servicios sociales a personas de edad avanzada o adultos dependientes."

Profesional de la salud (*health practitioner*) (W&IC) "15610.37 'Profesional de la salud' significa un doctor y cirujano; psiquiatra; psicólogo; dentista, médico residente; médico practicante; podiatra; quiropráctico; enfermera con licencia; higienista dental; trabajador social clínico con licencia o trabajador social clínico asociado; consejero para matrimonios, familias, y niños; cualquier otra persona que actualmente tiene una licencia bajo la División 2 (empezando con la Sección 500) del Código de Negocios y Profesiones; cualquier técnico médico de emergencias I ó II; paramédico; persona certificada bajo la División 2.5 (empezando con la Sección 1797) del Código de Salud y Seguridad; un asistente de psicólogo registrado de acuerdo a la Sección 2913 del Código de Negocios y Profesiones; una persona que se está entrenando para ser un consejero de matrimonios, familias, y niños, como se define en la subdivisión (c) de la Sección 4980.03 del Código de Negocios y Profesiones; un consejero practicante sin licencia para matrimonios, familias y niños registrado bajo la Sección 4980.44 del Código de Negocios y Profesiones; un empleado de salud pública o de servicios sociales del Estado o del condado quien trata a personas de edad avanzada o adultos dependientes por alguna condición; o un médico forense."

EXCEPCIONES PARA NO REPORTAR (W&IC 15630 [b] [3] [A])

A una persona bajo mandato de reportar que es un doctor y cirujano, una enfermera titulada, o un psicoterapeuta, como se define en la Sección 1010 del Código de Evidencias, no se le requiere que reporte sospechas de abuso cuando existan todas las siguientes condiciones:

- (i) A la persona bajo mandato de reportar* una persona de edad avanzada o un adulto dependiente le ha dicho que él o ella ha sufrido lo que se considera abuso físico (incluyendo abuso sexual), abandono, aislamiento, abuso financiero, secuestro o negligencia (incluyendo autonegligencia).
- (ii) La persona bajo mandato de reportar* no tiene conocimiento de ninguna evidencia independiente que corrobore la declaración de que el abuso ocurrió.
- (iii) La persona de edad avanzada o el adulto dependiente ha sido diagnosticado de enfermedad mental o demencia, o está bajo protección ordenada por la corte por razones de enfermedad mental o demencia.
- (iv) En su juicio clínico, el doctor y cirujano, la enfermera titulada, o el psicoterapeuta, como se define en la Sección 1010 del Código de Evidencias, razonablemente no cree que el abuso ocurrió.

En un establecimiento de cuidado a largo plazo, una persona bajo mandato de reportar* a quien el Departamento de Servicios de Salud de California determina, después de recibir aprobación de la Sección de Investigaciones del Fraude en Medi-Cal y la oficina del estado del oficial mediador y protector de los derechos de las personas en establecimientos de cuidado a largo plazo (LTCO), que tiene acceso a los planes de cuidado y tiene el entrenamiento y experiencia para determinar si se ha cumplido con todas las condiciones que aparecen a continuación, no tendrá que reportar sospechas de abuso (W&IC 15630 [b] [4] [A]):

- (i) La persona bajo mandato de reportar* tiene conocimiento de que existe un plan apropiado para el cuidado.
- (ii) La persona bajo mandato de reportar* tiene conocimiento de que el plan de cuidado se proporciona y sigue adecuadamente.
- (iii) Ocurrió una lesión física, mental, o médica como resultado del cuidado bajo las condiciones mencionadas en la cláusula (i) o (ii).
- (iv) La persona bajo mandato de reportar* razonablemente cree que la lesión no fue el resultado de abuso.